

Ontwikkelingen in de psychiatrische classificatie: voorstel voor een prototypische kernclassificatie

door A. de Jongen W. van den Brink

Samenvatting

De kritiek op de bestaande psychiatrische classificatiesystemen is in de laatste decennia voortdurend toegenomen. Vanuit een theoretisch gezichtspunt zijn drie belangrijke bezwaren te noemen. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is te laag, de patiënten binnen een diagnostische klasse zijn vaak heterogeen in plaats van homogeen voor wat betreft hun ziektekenmerken, en de predictieve validiteit is onvoldoende. In dit artikel wordt gesteld dat deze onvolkomenheden voortkomen uit het feit dat de meeste classificaties slechts een beperkt aantal archetypen van psychiatrische ziekte bevatten, welke onvoldoende overeenkomen met de klinische realiteit. Classificatiesystemen zouden daarentegen gebaseerd moeten zijn op een breed scala aan gegevens, verzameld op een basaal niveau. Deze brokstukjes informatie zouden vervolgens gecombineerd moeten worden in prototypen, waarbij een polythetische in plaats van een monothetische benadering wordt gebruikt. Omdat de (probabilistische en niet deterministische) wijzen van combineren afhankelijk zullen zijn van de doeleinden zal dit resulteren in een serie classificaties, die echter alle zijn gebaseerd op dezelfde basale informatie. Een meerassig systeem voor gegevensverzameling wordt voorgesteld. Deze prototypische kernclassificatie kan waardevol zijn voor gebruik in de klinische praktijk. Ze is echter vooral bruikbaar bij wetenschappelijk onderzoek op het terrein van de psychiatrie en bij de evaluatie van het systeem voor geestelijke gezondheidszorg.

Inleiding

De kritiek op het gebruik van diagnostische systemen in de psychiatrie is in de laatste decennia steeds groter geworden. Voor een deel heeft dat te maken met de als overwegend moreel te kenschetsen weerstand tegen het proces van classificatie, dat als ten onrechte in hokjes onderbrengen van problemen van unieke individuen wordt beschouwd. Maar ook vanuit wetenschappelijk oogpunt worden steeds meer vraagtekens bij het gebruik van de traditionele classificatiesystemen geplaatst. Deze worden treffend geïllustreerd in een publikatie van Strauss e.a. (1979). Zij vergeleken een groep archetypische, fictieve patiënten, aan wie door ervaren psychiaters symptomen, behorend bij

vijf traditionele syndromen, waren toegeschreven met een groep 'echte' patiënten. Analyses wezen uit dat, in tegenstelling tot wat bij de eerste groep het geval was, de syndromen bij de tweede groep nauwelijks van elkaar waren te onderscheiden. De auteurs noemen twee redenen voor dit verschil. In de eerste plaats bleek dat de echte patiënten over het algemeen veel minder ernstige symptomen hadden dan op theoretische gronden viel te veronderstellen. Daarnaast vertoonden ze vaak symptomen van meer dan een van de vijf syndromen. De belangrijkste conclusie was dat de op theorie gebaseerde nosologische systemen onvoldoende corresponderen met de klinische werkelijkheid.

Classificaties zijn van groot belang voor de wetenschappelijke en dagelijkse praktijk van de psychiatrie (zie b.v. Giel 1982; Kendell 1975). Terechte kritiek moet daarom zo goed mogelijk worden ondervangen. Door het hanteren van een prototypische in plaats van een archetypische classificatie kan een deel van de problemen worden voorkomen. Die oplossing zal in dit artikel worden besproken, waarna een voorstel voor een algemeen inzetbare kernclassificatie zal worden gepresenteerd.

Wetenschappelijke bezwaren tegen psychiatrische classificatiesystemen

De wetenschappelijke bezwaren tegen de huidige classificatiesystemen kunnen onder de volgende drie punten worden samengevat.

1. *De tussenbeoordelaarsbetrouwbaarheid is te laag.* Om dit te ondervangen is in de loop der tijd vooral geprobeerd de afzonderlijke diagnoses steeds nauwkeuriger te omschrijven, onder andere door de classificaties te voorzien van uitgebreide glossaria. Daardoor kon de betrouwbaarheid weliswaar worden verhoogd, maar het had ook negatieve gevolgen. Door de criteria voor toekenning aan de klassen steeds verder te preciseren steeg het aantal patiënten dat niet meer volledig aan de criteria van een willekeurige klasse voldeed. Er kwamen steeds meer patiënten, die niet meer in het systeem vielen onder te brengen. De 'dekking', de mate waarin met een classificatiesysteem het geheel van alle te classificeren patiënten (of hun symptomen en gedragingen) uitputtend kan worden beschreven, nam af.

Eén oplossing voor dit probleem is het gebruik van 'restklassen' voor patiënten die niet elders zijn te classificeren (zie bij voorbeeld de omschrijvingen in de ICD-9). Bevredigend is dit echter niet, omdat het strikt genomen om inhoudsloze klassen gaat. Een andere oplossing werd gezocht in het opsplitsen van hoofdklassen in steeds meer subklassen, zoals bij voorbeeld die van de schizoaffectieve psychose. Maar ook dit blijkt niet goed te werken. Het zal namelijk snel leiden tot degeneratie van de opzet van het gehele systeem (Blashfield 1984).

2. *Groepen patiënten met eenzelfde diagnose vertonen met betrekking tot hun ziektekenmerken een te grote heterogeniteit.* Homogeni-

teit ten aanzien van ziektekenmerken binnen groepen patiënten met dezelfde diagnose is altijd een vereiste geweest voor de gehanteerde classificatiesystemen. Wat betreft de symptomatologie bleek, dat aan deze (stringente) eis niet kon worden voldaan. Patiënten vertonen vaak symptomen van meer dan één diagnostische klasse, zoals onder andere door Strauss e.a. (1979) is aangetoond. Bovendien werd er in de classificatiesystemen (meestal impliciet) van uitgegaan dat psychiatrische ziekten in de eerste plaats gekenmerkt worden door symptomen en syndromen. Er zijn echter meer aspecten te onderkennen. Ook de sociale omstandigheden, het sociale functioneren e.d., spelen een rol. In de bestaande systemen wordt daaraan te weinig expliciete aandacht besteed, waardoor ze onvoldoende recht doen aan de complexiteit van de klinische conditie van patiënten (zie o.a. Helmchen 1980; Klerman 1985; Mezzich 1979; Ottoson en Perris 1973).

3. *De verschillende klassen in de bestaande systemen hebben een te geringe predictieve validiteit.* Mede door de heterogeniteit is het voorspellen van het beloop van de ziekte op grond van de diagnose moeilijk. Dit hangt echter ook samen met het feit dat de classificaties geacht worden de etiologie van de ziektebeelden te reflecteren. In feite is daar echter weinig over bekend, terwijl de aanwezige kennis vaak slecht door empirisch onderzoek is onderbouwd (Feighner 1982; Leon 1985; Skinner 1981). Bovendien zal een identieke fenomenologie niet altijd naar dezelfde etiologie verwijzen, noch is het omgekeerde zonder meer waar (Kinon en Gershon 1982; Neki 1985). Hantering ervan als uitgangspunt voor een classificatiesysteem is dan ook niet verantwoord of tenminste prematuur (Kanfer en Saslow 1965; Stengel 1959; Zigler en Phillips 1961).

Om een aantal van deze problemen te ondervangen is op verschillende manieren getracht oplossingen te vinden. Zo werd voorgesteld hiërarchische regels te hanteren om dubbeldiagnosen te vermijden (Foulds 1975; Silbermann 1971; DSM-III). In de ordening van meer diagnosen die voor een patiënt gelden, wordt een prioriteit aangebracht op grond van het beeld, dat het meest dringend voor interventie in aanmerking komt. Dit kan echter gepaard gaan met veel informatieverlies, terwijl de kans op toename van de heterogeniteit bovendien weer stijgt.

Anderen zochten verbetering in voorstellen voor meerassige stelsels (Essen-Möller 1961, 1971; Helmchen 1980; Ottoson en Perris 1973; Rutter et al. 1969, 1975; Strauss 1975; Wing 1970; DSM-III). Met uitzondering van DSM-III zijn deze systemen echter niet of nauwelijks aanvaard. Dat is ook niet zo verwonderlijk als men bedenkt dat ze bijna allemaal op dezelfde principes als die van de oude systemen zijn gegrondvest. Veel van de bestaande problemen konden er dan ook niet in worden ondervangen.

Onze conclusie is dat de genoemde punten van kritiek, ondanks het vele theoretische en empirische werk, tot nu toe onvoldoende zijn

beantwoord. De oorzaak voor deze stagnatie in de ontwikkeling moet gezocht worden in drie impliciete vooronderstellingen, die aan veel psychiatrische classificaties en het onderzoek daarover ten grondslag liggen.

1. Bij de opstelling van classificatiesystemen werd ervan uitgegaan dat psychiatrische ziekten in de eerste plaats worden gekenmerkt door symptomen en syndromen.

2. Er werd verder uitgegaan van de noodzaak tot indeling in nosologische eenheden, waarbij er a priori een vaste relatie wordt verondersteld tussen etiologie en toestandsbeeld enerzijds en toestandsbeeld en beloop en afloop anderzijds.

3. De indeling in klassen is deterministisch van karakter. Het werd principieel mogelijk geacht psychiatrische ziekten volledig in te delen in een aantal scherp omschreven klassen. De meeste van de bestaande classificatiesystemen zijn daarom gebaseerd op de monothetische classificatiestrategie. Deze houdt in dat patiënten in één en niet meer dan één diagnostische klasse kunnen worden geplaatst. Inhoudelijk worden deze klassen bepaald door één of een paar sleutelkenmerken, die overigens niet alleen op de symptomatologie betrekking hoeven te hebben. Toekenning aan een klasse kan in principe alleen plaats vinden als een patiënt deze kenmerken zonder uitzondering vertoont. Wanneer iemand één van de definiërende kenmerken van een klasse vertoont zullen de andere kenmerken dus ook aanwezig moeten zijn. Een laatste eis bij de monothetische strategie is dat de klassen homogeen zijn, wat inhoudt dat er tussen de klassen geen overlapping mag bestaan.

Het is de hantering van de monothetische strategie, die ons inziens de belangrijkste oorzaak voor de problemen met de huidige classificatiesystemen vormt. De klassen in een dergelijk systeem zijn in feite afgeleid van een beperkt aantal van elkaar te onderscheiden hoofdklassen of archetypen van psychiatrische ziekte. Verondersteld werd dat deze goed overeenkomen met bij patiënten aan te treffen constellaties van symptomen. In het onderzoek van Strauss e.a. (1979), dat in het begin van dit artikel werd aangehaald, is echter aangetoond dat het gebruik van op de theorie gebaseerde archetypen voor een adequate beschrijving van de werkelijkheid niet voldoet. Ze lijken daarvoor te zeer verankerd in een deterministisch kader, dat theoretisch goed aansluit bij achter de psychiatrische ziekten veronderstelde genetische processen. Het gevaar is dat een archetypische classificatie leidt tot óf een te geringe dekking óf stereotypering van de patiënten. Onjuiste (want onbetrouwbare of niet valide) classificaties kunnen hiervan het gevolg zijn. Gelet op de resultaten van Strauss e.a. zal dat in de psychiatrie meer regel dan uitzondering zijn (zie ook De Jong 1984b). Veel beter zou het zijn om classificaties te baseren op het meer met de werkelijkheid corresponderende prototypische model.

Van archetype naar prototype

In tegenstelling tot wat bij het archetypische model geldt worden klassen binnen een prototypisch model (Cantor e.a. 1980; Horowitz e.a. 1981a,b) niet bepaald door de noodzakelijke aanwezigheid van alle definiërende (monothetische) kenmerken, maar door de verbanden tussen een klasse en alle in aanmerking komende, nu polythetische criteria. Dit laatste houdt in dat de in- en uitsluitingscriteria duidelijk zijn omschreven, waarbij iemand ten minste aan een gespecificeerd aantal moet voldoen om in een bepaalde klasse te kunnen worden ingedeeld. Zo geldt voor de diagnose *borderline persoonlijkheid* in DSM-III dat een patiënt ten minste vijf van de acht genoemde kenmerken moet vertonen.

Een klasse wordt in de eerste plaats gedefinieerd door de kenmerken, waarmee de verbanden het sterkst zijn. De klassen zullen daardoor niet langer strikt homogeen zijn, terwijl ze bovendien zullen overlappen, doordat hun grenzen minder scherp zijn. Een prototypisch model is bovendien erg flexibel. Afhankelijk van de doelstelling van de classificatie en de daarmee gewenste categorisering zal er een andere structuur in de verbanden kunnen optreden, die echter wel op dezelfde kenmerken is gebaseerd. Het prototypisch model is daarom inherent probabilistisch van karakter en behoeft empirische onderbouwing van de diagnostische efficiëntie (Meehl en Rosen 1955).

De voordelen van een prototypisch model zijn wellicht met het volgende voorbeeld te verduidelijken. Vogels zijn te beschrijven aan de hand van kenmerken als bij voorbeeld het hebben van vleugels en veren en het kunnen zingen en vliegen. Het kunnen de definiërende kenmerken van de klasse 'vogels' in een archetypische classificatie van dieren zijn. Weinigen zullen willen bestrijden dat zowel de nachtegaal als de kip in die klasse thuishoren. Maar omdat een nachtegaal wel en een kip niet kan zingen en vliegen (twee van de definiërende kenmerken) zal de laatste daar toch niet bij kunnen worden ingedeeld. De kip voldoet immers niet aan alle kenmerken.

In een classificatie volgens het prototypische model zijn er minder problemen. Het gaat nu niet om de noodzakelijke aanwezigheid van alle kenmerken, maar om de grootste mate van overeenkomst tussen de combinatie van kenmerken van een in te delen dier en de kenmerken van alle prototypen (klassen) in het systeem. In operationele termen geformuleerd zal bij voorbeeld worden geëist, dat tenminste twee van de vier hierboven genoemde kenmerken wel en andere (bij voorbeeld het hebben van vinnen en kieuwen) juist niet aanwezig zijn. Hoewel de kip niet kan vliegen en zingen zal zij dan toch in de klasse 'vogels' worden ingedeeld en niet (bij voorbeeld) de klasse 'vissen'. Wel is duidelijk dat de nachtegaal meer voldoet aan het prototype van een vogel dan de kip.

De flexibiliteit van een prototypisch classificatiesysteem is verder

als volgt te illustreren. Bij de indeling in een classificatie met een andere doelstelling dan de vorige zal de kip wel en de nachtegaal niet in de klasse 'huisdieren' passen. Beide indelingen kunnen echter in principe op dezelfde descriptieve kenmerken zijn gebaseerd.

Door het gebruik van het prototypische model kan aan de eerder genoemde drie bezwaren tegen psychiatrische classificatiesystemen worden tegemoet gekomen.

1. De *betrouwbaarheid*, gemeten aan de overeenkomst van beoordeling tussen verschillende beoordelaars zal misschien veranderen en in elk geval anders moeten worden geïnterpreteerd. Deze is immers niet meer voornamelijk een functie van de beoordelaars en de door hen gebruikte instrumenten (interviews, beoordelingsprotocollen, e.d.), maar wordt nu in sterkere mate bepaald door de combinatie van kenmerken van de in te delen patiënten. Bij een grotere mate van prototypiciteit (de nachtegaal in het voorbeeld van de vogels) zullen beoordelaars het vaker eens kunnen zijn over de indeling. Of de betrouwbaarheid in het algemeen zal stijgen is moeilijk te zeggen. Bij patiënten, die minder prototypisch zijn, zal dat nog moeten worden afgewacht.

2. De eis van absolute *homogeniteit* binnen de klassen is een prototypische classificatie van minder belang. Een zekere mate van heterogeniteit zal worden geaccepteerd. Er zullen immers grensgevallen (borderline cases) voorkomen, die eventueel in meer dan één klasse moeten worden ondergebracht (dubbeldiagnosen). Afhankelijk van de doelstelling van een op te stellen systeem kan echter altijd beslist worden naar een grotere mate van homogeniteit te streven. Voor toekenning aan een klasse kan men bij voorbeeld de eis stellen dat slechts twee van zes kenmerken aanwezig moeten zijn, maar deze eis is uit te breiden naar bij voorbeeld tenminste vier. De mate van homogeniteit valt dan samen met de prototypiciteit.

3. Ten slotte zal een prototypische classificatie leiden tot grotere *predictieve validiteit*. Op basis van geëxpliciteerde, soms tijdelijke (empirische) vraagstellingen kunnen ad hoc-klassen worden geformuleerd. Een voorbeeld van een dergelijke vraag is of patiënten met symptomatologische kenmerken uit de ene klasse en kenmerken ten aanzien van het sociale functioneren uit een andere klasse gunstiger reageren op een bepaalde behandeling dan patiënten met een deels andere combinatie van kenmerken uit die klassen. Op deze manier kunnen nosologische eenheden op empirische gronden worden gezocht in plaats van dat ze vooraf worden gepostuleerd en achteraf misschien weer moeten worden verworpen. Deze benadering zal ertoe leiden dat er niet één, algemeen geldend systeem wordt gehanteerd, maar dat er meer systemen naast elkaar bestaan. Afhankelijk van de doelstelling zullen ze in de indeling in klassen van elkaar verschillen. Wel zullen ze alle gebaseerd zijn op dezelfde hoeveelheid descriptieve kenmerken.

In het algemeen zal voor een prototypische diagnostische classificatie gelden dat er weinig of misschien zelfs geen pathognomonische

kenmerken zullen zijn, dat symptomen zullen variëren in termen van hun diagnostische waarde, en dat in een klasse geordende patiënten van elkaar zullen verschillen met betrekking tot de mate waarin ze aan het prototype zullen voldoen.

Grondslagen van een prototypisch psychiatrisch classificatiesysteem

De basis voor elk prototypisch classificatiesysteem wordt gevormd door het geheel aan informatie, dat over de in te delen patiënten wordt verzameld en de manier waarop de brokstukken ervan worden gecombineerd. Om de flexibiliteit van het systeem te waarborgen en de mogelijkheden maximaal te verruimen zullen de manier van informatieverzameling en de wijze van combinering aan enkele voorwaarden moeten voldoen.

Beschrijving op elementair niveau – De informatie zal op een zo elementair mogelijk niveau moeten worden beschreven. Zo zal de psychopathologie bij voorbeeld niet moeten worden vastgesteld in de vorm van (globale) syndromen, maar via de beoordeling van het al dan niet voorkomen van meer specifieke symptomen. Hetzelfde geldt voor het sociale functioneren. Een algemene uitspraak over het niveau van aanpassing is niet genoeg. Beter is het om het functioneren in meer dan één van elkaar te onderscheiden sociale rollen vast te leggen (zie ook Berner e.a. 1982).

Hantering van polythetische strategie – De bezwaren tegen de monothetische classificatiestrategie zijn hierboven beschreven. Een prototypisch classificatiesysteem zal gebaseerd zijn op een polythetische strategie. Kenmerkend is dan dat de classificatie op zo veel mogelijk informatie wordt gebaseerd, terwijl alle metingen en beoordelingen in principe even belangrijk zijn. Het primaat van de symptomatologie zal dus niet langer gelden. Het proces van informatieverzameling verloopt verder in principe empirisch en atheoretisch.

Het gebruik van de polythetische strategie in de medische wetenschap is voor het eerst gepropageerd door Sokol en Sneath (1963; zie ook Sneath 1965). Zij baseerden zich daarbij op de principes van de voor classificatie van dieren en planten gebruikte numerieke taxonomie. In aansluiting hierop pleitten Corning en Steffy (1979) voor gebruik binnen de psychiatrie (zie ook Van den Bosch 1983).

Hantering van meer assen – Hantering van de polythetische strategie leidt bijna automatisch tot het opzetten van een meerassig stelsel. De verschillende soorten informatie zullen immers alle moeten worden vastgelegd. Uit het oogpunt van overzichtelijkheid en eenduidigheid verdient het aanbeveling het proces van informatieverzameling via een dergelijk meerassig stelsel te reguleren. Het schept bovendien de mogelijkheid om de assen vanuit een theoretisch gezichtspunt als ongecorrleerd te beschouwen, hoewel die onafhankelijkheid in werkelijkheid wellicht minder duidelijk is. Mezzich (1979), die deze

benadering heeft gepropageerd, spreekt in dit verband van quasi-onafhankelijkheid.

Bruikbaarheid—Hierboven en in verschillende andere publikaties is erop gewezen dat de instrumentele utiliteit (De Groot 1972) van een classificatiesysteem zich wijzigt naar gelang het beoogde doel. Zo stellen Blashfield en Draguns (1976) dat de klassen in een eenmaal ontworpen psychiatrische classificatie homogeen kunnen zijn als het gaat om de prognostische waarde, maar juist heterogeen als het systeem gebruikt wordt als kader voor onderzoek naar de etiologie van syndromen (zie ook Kendell 1975; Reuchlin 1984; Skinner 1981). Keuzes betreffende de hoeveelheid en de aard van de klassen zullen daarom mede bepaald moeten worden door de verwachtingen ten aanzien van het gebruik. Daarbij is de prognostische waarde van het classificatiesysteem ten aanzien van de respons op bepaalde behandelingsvormen of, meer in het algemeen, het beloop van de ziekte na een nader te bepalen periode het klinisch meest relevante doel (zie ook Helmchen 1980; Kendell 1975; Leon 1985).

Naast de instrumentele utiliteit is er ook nog de bruikbaarheid in de praktijk van alledag. Het zal nogal wat verschil uitmaken of de classificatie wordt gebruikt door onderzoekers of door (poli)klinisch werkzame psychiaters, psychologen en andere hulpverleners. De eersten zullen over het algemeen meer aandacht hebben voor (en meer tijd kunnen besteden aan) een zeer grondige beschrijving van alle details, bij voorkeur vastgelegd via gestandaardiseerde beoordelingsprocedures. Hoewel dit tot op zekere hoogte ook voor hulpverleners zal gelden, zal voor hen meer de waarde met betrekking tot de onderlinge communicatie op de voorgrond staan. Omdat zij bovendien gewend zijn aan de bestaande systemen en overschakeling op een alternatief stelsel veel tijd en moeite zal kosten mag verwacht worden dat ze tamelijk conservatief zullen zijn met betrekking tot de invoering van andersoortige indelingen dan de tot nu toe gebruikelijke, gebaseerd op het oude model van etiologisch bepaalde syndromen (vgl. Leon 1985). Als het nieuwe systeem daar te radicaal van afwijkt is het de vraag of het geaccepteerd en gebruikt zal worden.

Het zal duidelijk zijn dat de DSM-III voor een deel aan de eisen voor een prototypisch systeem tegemoet komt. Zo is het systeem meerasig, is met de mogelijkheid van dubbeldiagnosen rekening gehouden en wordt gebruik gemaakt van nauwkeurig omschreven in- en uitsluitingscriteria voor de diagnostische klassen. Cantor e.a. (1980) kenmerken het systeem dan ook als eerder prototypisch dan klassiek. Desalniettemin valt de DSM-III verder te verbeteren, zoals de opstellers ook hadden voorzien. Dat geldt bij voorbeeld voor as II. Widiger en Frances (1985) stellen dat de criteria voor een aantal persoonlijkheidsstoornissen nog monothetisch zijn en bepleiten het gebruik van polythetische criteria voor alle diagnosen op deze as, welke aanbeveling inmiddels in de binnenkort te verschijnen DSM-III-R is overgenomen. Eerder kwa-

men Clarkin e.a. (1983) tot dezelfde conclusie, waarbij ze tevens aanteekenden dat het model niet alleen voor de persoonlijkheidsstoornissen zal opgaan, maar in principe voor elke diagnostische categorie.

De mogelijkheden van een prototypisch classificatiesysteem zijn ondertussen legio. Het zal niet alleen diensten kunnen bewijzen in de klinische praktijk, maar ook bij de verdere standaardisering van onderzoek en beleid op het gebied van de psychiatrische classificatie. Het lijkt daarom zinvol een raamwerk op te stellen, met behulp waarvan in elk geval de meest essentiële soorten informatie kunnen worden genoteerd. Al naar gelang de doelstelling kan dat dan verder worden aangevuld met modules voor meer specifieke of gedetailleerde gegevens. In het hiernavolgende zal een dergelijke kernclassificatie worden voorgesteld. Daarbij zal uitgegaan worden van de noodzaak van meer assen.

Over het aantal assen

Bij het ontwikkelen van een meerassig systeem zal een beslissing moeten worden genomen ten aanzien van het aantal te hanteren assen. Dat varieert in de tot nu toe voorgestelde systemen tussen twee en vijf (Essen-Möller 1961, 1971; Helmchen 1980; Ottoson en Perris 1973; Rutter et al. 1969, 1975; Strauss 1975; Wing 1970; APA 1980). Mezzich (1979) noemt in zijn overzicht over meerassige psychiatrische classificatiesystemen de volgende vijf als de belangrijkste:

1. fenomenologie; symptomatologie, syndromen, persoonlijkheidsstoornissen en intellectueel niveau;
2. etiologische factoren; biologische en psychosociale factoren;
3. tijdsdimensie; ontstaan, duur en beloop van de ziekte;
4. sociaal functioneren;
5. overige, zoals de ernst of intensiteit van de psychopathologie en de zekerheid van de gestelde diagnose ('illness' danwel 'caseness').

Deze opsomming is nog verder uit te breiden. Te denken valt onder meer aan de kwaliteit van de interpersoonlijke relaties (Strauss 1975; Wynne 1985; zie ook de theorieën van Foulds 1965, 1976), de vooral in verband met de psychosen steeds sterker in de belangstelling komende cognitieve stoornissen of negatieve symptomen (Andreasen 1982; Van den Bosch 1983; De Jong 1984a; Pogue-Geile en Harrow 1985) en de sociale steun vanuit de directe omgeving van de patiënt, eveneens een onderwerp met een groeiende populariteit (Goldstein 1981, Mueller 1980). Opnieuw speelt bij een keuze over het aantal assen het criterium van de hanteerbaarheid een rol. Hoe meer assen, hoe vollediger de dekking van het systeem, maar ook hoe onoverzichtelijker in het gebruik. Er zal dus weer gezocht moeten worden naar een werkbaar en zinvol compromis. En opnieuw zal de doelstelling van de classificatie een leidend principe moeten zijn.

Keuze van de assen

In 1980 publiceerde de Wereld Gezondheidsorganisatie een proefeditie van de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH; WHO 1980), waarvan een jaar later een Nederlandse vertaling verscheen (Werkgroep Classificaties en Coderingen 1981). Dit nieuwe classificatiesysteem is in de eerste plaats bedoeld om te worden gebruikt bij de evaluatie van de effectiviteit van gezondheidszorgsystemen. Deze doelstelling valt in grote lijnen samen met de eerder gememoreerde predictieve validiteit van een classificatiesysteem. Het lijkt daarom zinnig om bij de bepaling van het aantal en de aard van de assen aansluiting te zoeken bij de ICIDH. In de ICIDH wordt een onderscheid gemaakt tussen impairments (vertaald als stoornissen), disabilities (beperkingen) en handicaps. De classificatie wordt momenteel internationaal beproefd op bruikbaarheid. In ons land wordt onder andere gepoogd de ICIDH geschikt te maken voor gebruik binnen de psychiatrie (Wiersma 1985). Daarbij worden de impairments opgevat als psychologische functiestoornissen (voor een deel samenvallend met de negatieve symptomen) en de disabilities als sociale rolfunctiebeperkingen. Voor deze laatste is een beoordeling, los van de symptomatologie in onderzoek van belang gebleken (De Jong 1984a).

Het arsenaal aan mogelijkheden is daarmee nog niet uitgeput. Door Mezzich (1979) werden nog de etiologische factoren en de tijdsdimensie genoemd. De eerstgenoemde werd door hem verder onderverdeeld in biologische en psychosociale factoren. Beide zijn van prognostische waarde. Het zal echter praktisch onmogelijk zijn classificatie van beide factoren in extenso in het systeem op te nemen, wil men het nog hanteerbaar houden. Voor wat betreft de biologische factoren is het wel aan te bevelen een beoordeling van de lichamelijke toestand mogelijk te maken. De psychosociale factoren zullen voor een deel vastliggen in de naast de classificatie te registreren sociodemografische gegevens. Een ander deel kan vallen onder de bij voorkeur eveneens te registreren aanleidingen tot contact met de GGZ. De tijdsdimensie is een apart geval, dat in de volgende paragraaf zal worden besproken.

Ook de mate van sociale ondersteuning vanuit de omgeving van de patiënt is een onderwerp, dat op zich kan leiden tot een aparte classificering. Het gaat hierbij om zaken als de aanwezigheid van gezins- of familieleden en vrienden en kennissen, in hoeverre door hen steun wordt geboden en met welke kwaliteit, en ten slotte of die steun door de patiënt wordt geaccepteerd. Te veel om in een kernclassificatie te kunnen onderbrengen. Overigens zal een deel van de informatie opnieuw vastliggen in de sociodemografische gegevens.

Een laatste belangrijk gegeven dat voor classificatie in aanmerking komt is het intelligentieniveau. Dit kan gemakkelijk worden vastgelegd in een enkele code, waarbij het oordeel op hetzij de klinische indruk, hetzij een psychodiagnostische test is gebaseerd.

De tijdsdimensie

De tijdsdimensie speelt op een aantal verschillende manieren een rol bij het classificeren. In de eerste plaats zal moeten worden bepaald op welk moment de classificatie dient te geschieden en op welke periode die informatie betrekking dient te hebben. Het meest voor de hand liggend is het om gegevens te verzamelen op het moment van het eerste contact met een hulpverlener, ongeacht het feit of de beslissing tot behandeling al is genomen. Eventueel kan bij een intake vooreerst een deel van de informatie worden vastgelegd, wat later bij daadwerkelijke behandeling wordt aangevuld. Het is niet voldoende de classificatie enkel te baseren op de toestand ten tijde van het eerste gesprek. Vaak zal er enige tijd verlopen tussen het ontstaan van de problemen en het contact met de GGZ. In die tussentijd kan de ernst inmiddels weer (enigszins) zijn afgenomen, waardoor geen juist beeld wordt verkregen van de te behandelen problematiek. Dat geldt met name voor de psychopathologie en het sociale functioneren. Beter is het de ernstigste toestand tijdens een bepaalde periode, voorafgaand aan het contact te classificeren. Te denken valt aan een maand, conform de instructies van verschillende standaardbeoordelingsinstrumenten als de Present State Examination (Wing e.a. 1974).

Het tweede punt betreft het beloop van de ziekte, leidend tot de actuele aanmelding, en het vóórkomen van vroegere episodes van dezelfde of andere ziekten. Hoewel dit strikt genomen geen onderdeel van de classificatie van het toestandsbeeld vormt is de informatie van essentieel belang. De psychiatrische geschiedenis van een patiënt speelt immers een belangrijke rol bij de bepaling van diagnose en prognose. Bovendien zal voor de differentiaaldiagnose tussen een neurose en een persoonlijkheidsstoornis bekend moeten zijn hoe lang het afwijkende gedrag en beleven al bestaat. Idealiter zou die informatie daarom voor de variabelen van een aantal assen (symptomatologie, stoornissen en sociaal functioneren; dat laatste ook in verband met het premorbide functioneren) moeten worden vastgelegd, maar dat lijkt nauwelijks reëel. Het beste lijkt het om dit te beperken tot de aard en de duur van de huidige en eventuele vorige klachten.

Opzet van een prototypische classificatie

Het bovenstaande leidt tot keuze van de volgende assen voor een prototypische kernclassificatie.

1. *Symptomatologie en (psychologische functie)stoornissen* – Het gaat om informatie op een zo basaal mogelijk niveau. Welke items hierin moeten worden opgenomen valt nader te bezien, bij voorbeeld door vergelijking met bestaande voorstellen, zoals de systemen van Ottoson en Perris (1973), van Overall e.a. (1972, 1975, 1982) of het CHAM-systeem (Silbermann 1971), en de ontwikkelingen rond de ICDH.

Bij bepaling van de intensiteit dient te worden afgegaan op de meest ernstige toestand in de maand, voorafgaande aan het moment van eerste contact. Essentieel is hoe intens, maar niet hoe lang de pathologie aanwezig was. In principe dient voor alle items een score te worden gegeven, ook al zal de (voorlopige) diagnose daar niet direct aanleiding toe geven. In het geval van een psychose moeten dus ook neurotische symptomen worden gescoord. Dat ze gelijktijdig aanwezig kunnen zijn is in onderzoek aangetoond (zie Foulds 1965, 1976; De Jong 1984c). Dat kan gevolgen hebben voor de indicatiestelling tot behandeling. Te overwegen valt om ook een prioritering in termen van behandeling te laten aangeven.

2. *Sociale beperkingen* – Uitgangspunt voor deze as kunnen de resultaten uit het onderzoek naar de functionele, niet-affectieve psychosen zijn (De Jong 1984a). In dit onderzoek werd het sociale functioneren op zeven rolfuncties beoordeeld, welke samen een maat voor de ernst van het dysfunctioneren vormden. Eventueel kunnen deze zeven worden aangevuld met andere als daar op grond van andere resultaten of overwegingen aanleiding toe bestaat. De scoringsregels kunnen dezelfde zijn als bij de vorige as.

3. *Psychiatrische geschiedenis* – Het lijkt zinnig om bij de psychiatrische geschiedenis de wijze van ontstaan van de huidige problemen vast te leggen. Te denken valt aan een onderscheid tussen een acuut (binnen een week), een subacuut (binnen een maand) en een sluipend begin (geleidelijke toename van de problemen zonder duidelijk beginpunt). Informatie over vorige perioden van psychiatrische ziekten kunnen (voor zover bekend) per diagnostische categorie worden geregistreerd. Te overwegen valt verder om ook psychiatrische problemen (huidige of vroegere) in familie of gezin te registreren.

4. *Intelligentieniveau* – Dit kan gebeuren middels een schaal met een beperkt aantal coderingen, waarbij tevens aangegeven wordt of het oordeel gebaseerd is op klinische indruk of op psychodiagnostisch onderzoek.

5. *Lichamelijke ziekten of gebreken* – Een aanvullend item, dat zeer uitgebreid kan worden beoordeeld, maar dat in een kernclassificatie op globale wijze kan worden vastgelegd. Er kan bij voorbeeld een onderscheid worden gemaakt (zoals in de PSE gebruikelijk) tussen de afwezigheid van een lichamelijke ziekte of gebrek, een lichte doch duidelijke lichamelijke ziekte of gebrek, een ernstiger lichamelijke ziekte die niet invaliderend of levensbedreigend is en een lichamelijke ziekte die dat wel is.

Verondersteld wordt dat deze vijfassige kernclassificatie de minimaal noodzakelijke hoeveelheid informatie bevat, welke als uitgangspunt kan dienen bij de ontwikkeling van meer specifieke systemen. Het is de bedoeling dat de gegevens van een zo basaal mogelijk niveau zijn. Assen met betrekking tot meer complexe concepten als bij voorbeeld karakteristieken van de persoonlijkheid of afweermecanismen

zijn er daarom niet in opgenomen, maar kunnen in principe worden toegevoegd. Hetzelfde geldt voor onderwerpen als sociale steun, coping mechanismen en dergelijke. In het gunstigste geval kan dit leiden tot de ontwikkeling van een serie classificaties, geschikt voor specifieke doeleinden, welke stuk voor stuk te vertalen zijn naar een meer algemeen aanvaarde centrale classificatie (vgl. Sartorius 1983).

Beschouwing

Het bovengenoemde voorstel voor een op de polythetische strategie gebaseerde, vijfassige kernclassificatie is niet bedoeld als een alternatief voor bestaande nosologische systemen als de ICD-9 of de DSM-III. Wel is die mogelijkheid in principe aanwezig. Voor de uitwerking ervan zal echter nog een lange en moeizame weg moeten worden bewandeld, terwijl het eventuele rendement verre van zeker is. Aanvankelijk gepubliceerde voorstellen voor nieuwe psychiatrische classificatiesystemen zijn vrijwel nooit gevolgd door serieuze pogingen die systemen te ontwikkelen, te testen en te gebruiken. Hieruit concludeert Kendell (1975, pag. 47) dat 'the would-be innovator either lacks the courage of his convictions, or is daunted by the enormity of the task which he has set himself'.

Wel is het voorgestelde systeem nu al te gebruiken als aanvulling op de bestaande classificaties. Het kan worden uitgewerkt tot een standaardprotocol, dat bij contact met de patiënt moet worden ingevuld en als zodanig een leidraad vormt bij het gesprek. Consequent gebruik zal ertoe leiden dat alle essentiële informatie voor elke patiënt op dezelfde manier wordt vastgelegd. Dat geeft onder andere de mogelijkheid veranderingen in een of meer aspecten van het toestandsbeeld bij behandeling te evalueren door vergelijking met de informatie uit een tussentijds of eindgesprek.

Echter niet alleen in de klinische praktijk, maar ook (en misschien wel in de eerste plaats) voor onderzoek en beleidsvorming bestaat behoefte aan een gestandaardiseerde classificatie met een grotere flexibiliteit. Het boven voorgestelde stelsel kan als zodanig functioneren. De vijf assen kunnen al naar gelang de behoefte verder worden uitgewerkt of uitgebreid. Te denken valt aan de volgende toepassingen.

1. Het systeem kan als kader fungeren bij *fundamenteel onderzoek*. Afhankelijk van de onderzoeksvraag vallen te onderscheiden assen meer of minder uit te breiden. Zo zou in onderzoek naar de invloed van sociale steun gebruik kunnen worden gemaakt van de assen een tot en met drie. Vervolgens zou bekeken kunnen worden welke de relaties zijn met een aparte as voor de beoordeling van sociale netwerken. Op vergelijkbare manier zou onderzoek naar de etiologie, de biologie of de effectiviteit van therapeutische maatregelen kunnen worden opgezet.

2. *Beleidsvorming* met betrekking tot de GGZ is tot nu toe gebaseerd geweest op tamelijk globale informatie, die bovendien op zeer diverse,

onderling slecht vergelijkbare wijzen werd verzameld. In een tijd van toenemende bezuinigingen is met name van overheidswege de vraag naar meer standaardisatie gegroeid. Vooral de mogelijkheid tot evaluatie van de effectiviteit van behandelingen is daarbij centraal komen te staan. Een van de resultaten van deze ontwikkeling is het wettelijk voorschrijven van een informatiesysteem voor de op te richten Regionale Instituten voor de Geestelijke Gezondheidszorg (RIGG). Het hier voorgestelde classificatiesysteem kan daar een onderdeel van vormen. Het zou verder moeten worden aangevuld met gegevens over de sociodemografie, de aanleiding tot de hulpvraag, registratie van de gegeven behandeling, en dergelijke.

Het misschien wel grootste voordeel van de kernclassificatie is de flexibiliteit. De verschillende assen zijn immers in principe onafhankelijk van elkaar, terwijl op voorhand geen theoretische uitgangspunten worden gehanteerd. De eenmaal verzamelde gegevens kunnen daarom op elke willekeurige manier worden gecombineerd, zowel onderling als te zamen met eventuele aanvullende informatie, afhankelijk van de vragen die beantwoord dienen te worden. Clusteranalyse kan bij voorbeeld leiden tot het identificeren van groepen gegevens met prognostische waarde ten aanzien van behandeling of beloop van individuele gevallen. Een andere, veelbelovende mogelijkheid is het toepassen van probabilistische in plaats van deterministische analyse-technieken (cf. Weinstein en Fineberg 1980). Of het resultaat van dergelijke analyses meer rendement oplevert dan de traditionele diagnostische categorieën valt vervolgens te bezien.

Met dank aan prof. dr. R. Giel voor zijn opmerkingen bij een eerdere versie van dit artikel.

Literatuur

- Andreasen, N.C. (1982), Negative symptoms in schizophrenia. Definition and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 39, 784-788.
- Berner, P., H. Katschnig en G. Lenz (1982), Poly-diagnostic approach: a method to clarify incongruences among the classification of the functional psychoses. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 7, 244-248.
- Blashfield, R.K. (1984), *The classification of psychopathology. Neo-Kraepelinian and quantitative approaches*. Plenum Press, New York.
- Blashfield, R.K., en J.G. Draguns (1976), Evaluative criteria for psychiatric classification. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 140-150.
- Bosch, R.J. van den (1983), Naar een alternatief voor het schizofrenieconcept. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 7, 453-468.
- Cantor, N., E. Smith, R. French en J. Mezzich (1980), Psychiatric diagnosis as prototype categorization. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 181-193.
- Clarkin, J.F., T.A. Widiger, A. Frances, S.W. Hurt en M. Gilmore (1983), Prototypic typology and the borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 263-275.

- Corning, W.C., en R.A. Steffy (1979), Taximetric strategies applied to psychiatric classification. *Schizophrenia Bulletin*, 5, 294-305.
- Essen-Möller, E. (1961), On classification of mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 37, 119-126.
- Essen-Möller, E. (1971), Suggestions for further improvement of the international classification of mental disorders. *Psychological Medicine*, 1, 308-311.
- Feighner, J.P. (1982), Nosology and diagnostic criteria in psychiatric research. In: E.I. Burdock, A. Sadilovsky en S. Gershon (eds), *The behavior of psychiatric patients*. Marcel Dekker, New York.
- Foulds, G.A. (1965), *Personality and personal illness*. Tavistock, Londen.
- Foulds, G.A. (1976), *The hierarchical nature of personal illness*. Academic Press, Londen.
- Giel, R. (1982), *Waarom een psychiatrische diagnose?* Stafleu, Alphen aan den Rijn.
- Goldstein, M.J. (ed.) (1981), *New developments in interventions with families of schizophrenics*. New directions for mental health services, vol. 12, Jossey-Bass, San Francisco.
- Groot, A.D. de (1972), *Methodologie. Grondslagen van onderzoek en denken in de gedragswetenschappen*. Mouton, 's-Gravenhage.
- Helmchen, H. (1980), Multiaxial systems of classification. Types of axes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61, 43-55.
- Horowitz, L.M., J.C. Wright, E. Lowenstein en H.W. Parád (1981a), The prototype as a construct in abnormal psychology. I. A method for deriving prototypes. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 568-574.
- Horowitz, L.M., D.L. Post, RdeS. French en E.Y. Siegelman (1981b), The prototype as a construct in abnormal psychology. II. Clarifying disagreement in psychiatric judgments. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 575-585.
- Jong, A. de (1984a), *Over psychiatrische invaliditeit*. Proefschrift, Rijksuniversiteit Groningen.
- Jong, A. de (1984b), Psychisch invalide of niet? Over de beoordeling van psychiatrische ziekte. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 39, 1038-1049.
- Jong, A. de (1984c), Foulds' hiërarchisch model van psychiatrische ziekte. Een empirische ondersteuning en validering met behulp van de Present State Examination. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 26, 275-291.
- Kanfer, F.H., en G. Saslow (1965), Behavioral analysis: an alternative to diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, 12, 526-538.
- Kendell, R.E. (1975), *The role of psychiatric diagnosis*. Blackwell, Oxford.
- Kinon, B.J., en S. Gershon (1982), Controversial issues in psychiatric assessment. In: E.I. Burdock, A. Sadilovsky en S. Gershon (eds.), *The behavior of psychiatric patients*. Marcel Dekker, New York.
- Klerman, G.L. (1985), Generating and validating nosologic classes. In: *Mental disorders, alcohol- and drug-related problems. International perspectives on their diagnosis and classification*. Excerpta Medica, Amsterdam.
- Leon, C.A. (1985), Epidemiological perspective on the diagnosis and classification of mental disorders: an overview. In: *Mental disorders, alcohol- and drug-related problems. International perspectives on their diagnosis and classification*. Excerpta Medica, Amsterdam.
- Meehl, P., en A. Rosen (1955), Antecedent probability and the efficiency of psychometric signs, patterns, or cutting scores. *Psychological Bulletin*, 52, 194-216.

- Mezzich, J.E. (1979), Patterns and issues in multi-axial psychiatric diagnosis. *Psychological Medicine*, 9, 125-137.
- Mueller, D.P. (1980), Social networks: a promising direction for research on the relationship of the social environment to psychiatric disorder. *Social Science and Medicine*, 14, 147-161.
- Neki, J.S. (1985), Basic deficits in current classifications of personality patterns and personality disorders. In: *Mental disorders, alcohol- and drug-related problems. International perspectives on their diagnosis and classification*. Excerpta Medica, Amsterdam.
- Ottoson, J.O., en C. Perris (1973), Multidimensional classification of mental disorders. *Psychological Medicine*, 1, 238-243.
- Overall, J.E., B.W. Henry en J.R. Markert (1972), Validity of an empirically derived phenomenological typology. *Journal of Psychiatric Research*, 9, 87-99.
- Overall, J.E., en J.A. Woodward (1975), Conceptual validity of a phenomenological classification of psychiatric patients. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 215-230.
- Overall, J.E., en L.E. Hollister (1982), Decision rules for phenomenological classification of psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 535-545.
- Pogue-Geile, M.F., en M. Harrow (1985), Negative symptoms in schizophrenia: their longitudinal course and prognostic importance. *Schizophrenia Bulletin*, in druk.
- Reuchlin, M. (1984), Contribution to the theoretical problems of classification in the observational sciences. *Psychopathology*, 17, 149-157.
- Rutter, M., S. Lebovici, L. Eisenberg, A.V. Sneznevskij, R. Sadoun, E. Brooke en T. Lin (1969), A tri-axial classification of mental disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 10, 41-61.
- Rutter, M., D. Shaffer en M. Shepherd (1975), *A multi-axial classification of child psychiatric disorders*. WHO, Genève.
- Sartorius, N. (1983), Psychiatric classification: is one enough? *Hospital and Community Psychiatry*, 34, 581.
- Silbermann, R.M. (1971), *CHAM: a classification of psychiatric states*. Excerpta Medica, Amsterdam.
- Skinner, H.A. (1981), Toward the integration of classification theory and methods. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 68-87.
- Sokal, R.R., en P.H.A. Sneath (1963), *Principles of numeric taxonomy*. Freeman and company, San Francisco.
- Sneath, P.H.A. (1965), The application of numerical taxonomy to medical problems. In: *Mathematics and computer science in biology and medicine*. Her Majesty's Stationary Office, Londen.
- Stengel, E. (1959), Classification of mental disorders. *Bulletin of the WHO*. 21, 601-663.
- Strauss, J.S. (1975), A comprehensive approach to psychiatric diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 132, 1193-1197.
- Strauss, J.S., K.R. Gabriel, R.F. Kokes, B.A. Ritzler, A. Van Ord en E. Tarana (1979), Do psychiatric patients fit their diagnosis? Patterns of symptomatology as described with the biplot. *Journal of Mental and Nervous Disease*, 167, 105-113.
- Weinstein, M.C., en H.V. Fineberg (1980), *Clinical decision analysis*. Saunders, Philadelphia.

- Werkgroep Classificaties en Coderingen (1981), *Internationale classificatie van stoornissen, beperkingen en handicaps*. Raad van Gezondheidsresearch TNO, Voorburg.
- Widiger, T.A., en A. Frances (1984), The DSM-III personality disorders. Perceptives from psychology. *Archives of General Psychiatry*, 42, 615-623.
- Wiersma, D. (1985), Psychological impairments and social disabilities: on the application of the ICIDH to psychiatry. *International Rehabilitation Medicine*, in druk.
- Wing, J.K. (1970), Observations on the psychiatric section of the International Classification of Diseases and the British Glossary of Mental Disorders. *Psychological Medicine*, 1, 79-85.
- Wing, J.K., J.E. Cooper en N. Sartorius (1974), *Measurement and classification of psychiatric symptoms*. Cambridge University Press, Cambridge.
- World Health Organization (1978), *Mental disorders: glossary and guide to their classification in accordance with the Ninth Revision of the International Classification of Diseases*. WHO, Genève.
- World Health Organization (1980), *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. WHO, Genève.
- Wynne, L.C. (1985), Relevance of research on personality traits and disorders to the broader issue of psychopathology. In: *Mental disorders, alcohol- and drug-related problems. International perspectives on their diagnosis and classification*. Excerpta Medica, Amsterdam.
- Zigler, E., en L. Philips (1961), Psychiatric diagnosis: a critique. *Journal of Abnormal Psychology*, 63, 607-618.

Schrijvers zijn respectievelijk als psycholoog en psychiatrisch epidemioloog in opleiding verbonden aan de afdeling Sociale Psychiatrie van de Rijksuniversiteit te Groningen. Adres: Postbus 30.001, 9700 RB Groningen.